

# Antrag auf Gewährung einer Beihilfe bei dauernder Pflegebedürftigkeit

Leistungsbescheide der Pflegekasse sind - sofern nicht bereits vorgelegt - dem Antrag beizufügen

Eingangsstempel der Festsetzungsstelle

Evangelische Kirche der Pfalz  
(Protestantische Landeskirche)  
Beihilfestelle  
67343 Speyer

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Personal-Nr.: \_\_\_\_\_

Dienststelle: \_\_\_\_\_

Straße, Hausnummer: \_\_\_\_\_

PLZ, Ort: \_\_\_\_\_

Telefon-Nr.: \_\_\_\_\_

E-Mail-Adresse (privat): \_\_\_\_\_

## Pflegeversicherung

Bei erstmaliger Antragstellung/Änderungen sind Nachweise der Versicherungen beizufügen.

Person	nicht	Privat	Soziale Pflegeversicherung	
	pflegeversichert	pflegeversichert	selbst vers.	familien vers. bei
Antragsteller/in (A)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> E
Ehegatte/in (E)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> A	
Kind, Name: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> A	<input type="checkbox"/> E
Kind, Name: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> A	<input type="checkbox"/> E

## Pflegebedürftige Person

### Pflegebedürftige Person (P1)

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Pflegegrad: 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐

für die Zeit: vom: \_\_\_\_\_ bis: \_\_\_\_\_

Die Pflege war unterbrochen: vom: \_\_\_\_\_ bis: \_\_\_\_\_

Grund der Unterbrechung: \_\_\_\_\_

### Pflegebedürftige Person (P2)

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Pflegegrad: 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐

für die Zeit: vom: \_\_\_\_\_ bis: \_\_\_\_\_

Die Pflege war unterbrochen: vom: \_\_\_\_\_ bis: \_\_\_\_\_

Grund der Unterbrechung: \_\_\_\_\_

**Unterbrechungszeiten z.B. wegen stationärer Krankenhausbehandlung der gepflegten Person oder Verhinderung (Urlaub, Krankheit etc.) der Pflegeperson bei Pauschalbeihilfe.**

## Ich beantrage Beihilfe zu den Pflegeaufwendungen für P1

für den Zeitraum von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

☐ zur häuslichen oder teilstationären Pflege, für folgende Leistungen:

☐ Pflegegeld (Pauschalbeihilfe) auch bei Kombinationspflege/Sachleistungen

Name, Vorname der Pflegeperson, die die Pflege leistet

☐ Aufwendungen gegen Kostennachweis (Rechnungen sind beizufügen)

Pflegeleistungen durch Pflegedienst, Kombinationsleistungen, Tages- und Nachtpflege, Kurzzeitpflege, Entlastungsbetrag, Beratungseinsatz

☐ Verhinderungspflege

(Rechnung und Leistungsabrechnung der Pflegeversicherung sind beigelegt)

☐ Pflegehilfsmittel / wohnumfeldverbessernde Maßnahmen

(Rechnung und Leistungsabrechnung der Pflegeversicherung sind beigelegt)

☐ zur vollstationären Pflege (Rechnungen liegen bei)

für den Zeitraum von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

☐ zur häuslichen oder teilstationären Pflege, für folgende Leistungen:

☐ **Pflegegeld (Pauschalbeihilfe) auch bei Kombinationspflege\ Sachleistungen**  
 Name, Vorname der Pflegeperson, die die Pflege leistet \_\_\_\_\_

☐ **Aufwendungen gegen Kostennachweis (Rechnungen sind beizufügen)**  
 Pflegeleistungen durch Pflegedienst, Kombinationsleistungen, Tages- und Nachtpflege,  
 Kurzzeitpflege, Entlastungsbetrag, Beratungseinsatz

☐ **Verhinderungspflege**  
 (Rechnung und Leistungsabrechnung der Pflegeversicherung sind beigelegt)

☐ **Pflegehilfsmittel / wohnumfeldverbessernde Maßnahmen**  
 (Rechnung und Leistungsabrechnung der Pflegeversicherung sind beigelegt)

☐ **zur vollstationären Pflege** (Rechnungen liegen bei)

**bei Vertrags-(Berufs)Pflegetätigkeiten/Pflegeleistungen durch Pflegedienste oder stationäre Pflege:**

Bei Aufwendungen für den/die Ehegatten/in oder eines Kindes sind entsprechende Angaben und Nachweise auch für den/die Ehegatten/in erforderlich!

<b>Renten</b> (aus der gesetzlichen Rentenversicherung, einer auch zusätzlichen Alters- oder Hinterbliebenenversicherung)	<div><div></div><div></div></div>	Antragsteller/in (A) Ehegatte/in (E)	<div><div></div><div></div></div>	nein nein
<b>Versorgung</b> aus einer Verwendung im öffentlichen Dienst einer zwischen- oder überstaatlichen Einrichtung gem. § 76 LBeamtVG	<div><div></div><div></div></div>	Antragsteller/in (A) Ehegatte/in (E)	<div><div></div><div></div></div>	nein nein
<b>Dienst- oder Versorgungsbezüge</b>	<div><div></div></div> A	<div><div></div></div> E	<div><div></div></div>	nein
<b>Erwerbseinkommen</b>	<div><div></div></div> A	<div><div></div></div> E	<div><div></div></div>	nein

**Sobald sich beim Einkommen etwas ändert (z.B. Rentenerhöhung, Versorgungserhöhung usw.) sind uns diese Einkommensnachweise unverzüglich vorzulegen!**

[illegible]

## Auszahlung

**!!! Die Auszahlung der Beihilfe erfolgt auf das Bezügekonto (§ 63 Abs. 1 BVO) !!!**

**Nur in Fällen** der Überleitung nach SGB XII, bei einem Kontowechsel während einer Beurlaubung ohne Bezüge oder beim Erlöschen des Kontos in Todesfällen ist die Zahlung auf ein anderes Konto möglich.

☐ ja, es liegt einer der vorgenannten Fälle vor und ich beantrage die Auszahlungen auf ein anderes Konto  
(bitte beachten Sie, beim Erlöschen des Kontos im Todesfall müssen die gesetzlichen Vorschriften gegeben sein und uns der Erbschein vorgelegt werden)

Ich versichere, dass alle Angaben richtig und vollständig sind.

Für die geltend gemachten Aufwendungen wurde eine Beihilfe bisher nicht beantragt bzw. gezahlt.

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des/der Beihilfeberechtigten/Bevollmächtigten